

Présentation d'une demande de prestations d'assurance invalidité de longue durée

Régime d'assurance collective des chambres de commerce

Toute absence du travail à court ou à long terme en raison d'une maladie ou d'une lésion corporelle peut être une période stressante, surtout lorsque le revenu est affecté. Pour vous aider à remplir votre demande de prestations d'assurance invalidité de longue durée ou d'exonération des primes ou d'assurance des frais généraux et à réduire le temps nécessaire au versement du premier paiement, nous avons préparé la présente trousse. Nous espérons ainsi vous faciliter la vie pendant cette période difficile. Nous avons inclus ci-dessous une liste de vérification pour votre commodité. Si vous avez des questions pendant que vous préparez ou obtenez les renseignements nécessaires, veuillez communiquer avec nous au moyen de notre ligne sans frais 1 800 294-4080 de 7 h 30 à 16 h 30, heure du Centre, du lundi au vendredi, pour parler à un représentant du service à la clientèle responsable des dossiers d'assurance invalidité. Veuillez noter que lorsqu'une demande est approuvée, les prestations sont versées mensuellement en arriéré.

Tous les formulaires doivent être remplis le mieux possible et **TOUS LES RENSEIGNEMENTS NÉCESSAIRES DOIVENT ÊTRE PRÉSENTÉS AVANT LE DÉBUT DU TRAITEMENT DE LA DEMANDE**. La décision rendue sera fondée sur les renseignements fournis. Malheureusement, les formulaires mal remplis et l'absence de certains documents retarderont le traitement de votre demande de prestations. En pareil cas, nous communiquerons avec vous par écrit vous informant sur le statut de votre demande.

Nous vous prions de retourner votre demande de prestations dûment remplie à notre bureau.

- Télécopieur : 1 866 878-0951
- Courriel : information@johnstongroup.ca
- Courrier :

Régime d'assurance collective des chambres de commerce
1051, rue King Edward
Winnipeg (Manitoba) R3H 0R4

À l'attention du service des réclamations d'assurance invalidité
Les formulaires originaux peuvent être exigés.

PREUVES RELATIVES AUX REVENUS

Le revenu gagné est le revenu gagné pour les services rendus par l'assuré. Veuillez joindre à votre demande les preuves exigées relatives aux revenus.

EMPLOYÉ

Le revenu gagné de l'employé comprend les salaires, les bonis, les commissions et les honoraires. Veuillez joindre des copies de vos feuillets T4 des deux dernières années. Le revenu que vous avez déclaré à l'Agence du revenu du Canada servira à calculer votre revenu gagné et les prestations qui vous seront versées.

PROPRIÉTAIRE D'ENTREPRISE / TRAVAILLEUR AUTONOME

Le revenu gagné comprend les salaires, les bonis, les dividendes de la compagnie (moyenne au cours des deux dernières années selon les feuillets T5), les commissions ou le revenu net provenant de l'exploitation d'une entreprise à titre de travailleur autonome. Le revenu gagné ne comprend pas les revenus d'intérêts; les revenus de location; les revenus provenant de gains en capital, de redevances ou de rentes; la rémunération différée ni tout autre revenu qui ne dépend pas de la capacité de l'assuré à rendre des services ou à occuper un emploi.

Le revenu net est le revenu brut de votre entreprise moins les dépenses d'entreprise qui peuvent être déduites du revenu imposable, sauf l'impôt payable sur ce revenu. **Veuillez joindre une copie des pages 1 et 2 de la T1 Générale pour les deux dernières années, et si un montant est indiqué pour les revenus d'un travail indépendant (lignes 135 à 143), il faut fournir une copie de toutes les annexes ayant trait à ce montant.**

Le revenu que vous avez déclaré à l'Agence du revenu du Canada servira à calculer votre revenu gagné et les prestations qui vous seront versées.

LISTE DE VÉRIFICATION

Assurez-vous que :

- les formulaires sont remplis le mieux possible;
- chaque section des formulaires est remplie par la personne appropriée;
- toutes les sections sont signées et datées;
- les formulaires sont accompagnés d'un spécimen de chèque portant la mention « ANNULÉ »;
- tous les formulaires requis sont accompagnés d'une copie de votre acte de naissance, de votre passeport ou de votre baptistaire.

Demande de prestations d'assurance invalidité de longue durée - Déclaration de l'employeur

À l'usage exclusif du siège social : Numéro de groupe _____

1) EMPLOYEUR OU TITULAIRE DU CONTRAT

Nom de l'entreprise _____ Langue préférée Français Anglais
Adresse _____ Numéro d'entreprise _____
Ville _____ Province _____ Code postal _____ Numéro de téléphone (_____) _____
Secteur d'activité _____ Numéro de télécopieur (_____) _____
Principaux produits ou services _____ Adresse électronique _____
Nom du responsable _____

2) DEMANDEUR

Type de demande de règlement Invalidité de longue durée Exonération des primes d'assurance vie Assurance frais généraux
Nom de famille _____ Date de naissance (AA-MM-JJ) _____
Prénom(s) _____ Numéro de certificat _____

3) EMPLOI DU DEMANDEUR

1. a) Date d'entrée en fonctions (AA-MM-JJ) _____
Date d'entrée en vigueur de l'assurance de l'employé aux termes du régime (AA-MM-JJ) _____
b) Dernier jour de travail (AA-MM-JJ) _____
Date à laquelle l'employé serait retourné au travail s'il n'avait pas dû s'absenter (AA-MM-JJ) _____
2. a) L'employé occupait-il un poste permanent à son dernier jour de travail? _____ Durée d'occupation de ce poste? _____
b) Si l'employé occupait ce poste depuis moins de un an, dressez la liste de tous les postes qu'il a occupés depuis sa date d'embauche. _____

3. À son dernier jour de travail, l'employé a-t-il travaillé toute la journée? Oui Non Si « Non », pendant combien d'heures a-t-il travaillé? _____
4. Pour quelles raisons l'employé a-t-il cessé de travailler? _____

5. L'employé est-il retourné au travail pendant une certaine période depuis son dernier jour de travail? Oui Non Si « Oui », veuillez préciser.

6. Type d'emploi (veuillez cocher une case **dans chaque rangée, si nécessaire**)
a) Temps plein Temps partiel
b) Permanent Temporaire Saisonnier
c) Horaire Salarié À la commission

Demande de prestations d'assurance invalidité de longue durée - Déclaration de l'employeur

3) EMPLOI DU DEMANDEUR (SUITE)

7. Quelles sont les heures normales de travail du demandeur au cours d'un jour ordinaire, à l'exclusion des heures supplémentaires? De _____ h à _____ h

8. Veuillez indiquer sa semaine normale de travail ou le cycle des postes en indiquant le nombre d'heures travaillées par semaine.

Jour de la semaine	D	L	M	M	J	V	S	
Heures	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Le cycle se répète-t-il? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
								Nombre moyen d'heures travaillées par semaine _____

Indiquez « 0 » pour un jour de congé.

9. a) Indiquez le nombre de jours d'absence de l'employé au cours des six mois précédant la date de l'invalidité (à l'exclusion des jours de vacances et des jours fériés).

b) Le demandeur avait-il déjà présenté une demande de règlement? Oui Non Si « Oui », veuillez préciser : (par exemple : assurance invalidité de courte durée, assurance invalidité de longue durée, commission des accidents du travail)

10. a) Cet emploi est-il assujéti à des :
 changements saisonniers? Oui Non
 cycles économiques? Oui Non
 mises à pied? Oui Non

b) Si vous avez répondu « Oui » à l'une des questions ci-dessus, expliquez de quelle façon le travail est modifié, en indiquant la cause, la fréquence et le type habituel de fréquence, les conséquences sur le nombre d'heures travaillées par semaine, le nombre moyen de mois travaillés par année et le type d'emploi (occasionnel, saisonnier, sur demande, apprenti, etc.)

11. Au cours de la dernière année :

- a) les responsabilités de l'employé avaient-elles été modifiées avant son arrêt de travail? Oui Non
- b) y a-t-il eu des changements relatifs à ses supérieurs? à ses collègues de travail? Oui Non
- c) y a-t-il eu des changements dans son assiduité? Oui Non
- d) y a-t-il eu des changements dans ses tâches? Oui Non
- e) a-t-il eu des problèmes de rendement? Oui Non
- f) à votre avis, l'état de l'employé est-il lié au travail? Oui Non

Si vous avez répondu « Oui » à l'une des questions ci-dessus, veuillez fournir des explications et joindre des documents à l'appui de celles-ci. (Par exemple : copies du registre de présence, inquiétudes par rapport au rendement par écrit, etc.)

12. a) Une demande d'indemnisation a-t-elle été présentée à une commission des accidents du travail? Oui Non

Si « Oui », donnez les renseignements suivants :

Numéro de la demande _____ Nom du responsable _____ Numéro de téléphone (_____) _____

b) Si des prestations d'une commission des accidents du travail ont été approuvées, quels sont les services ou les activités qui sont offerts pour aider l'employé? (Par exemple : rééducation professionnelle, réadaptation professionnelle, tentatives de retour au travail, etc.)

c) Si « Non » et si l'accident est lié au travail, expliquez pourquoi aucune demande n'a été présentée.

.....

Demande de prestations d'assurance invalidité de longue durée - Déclaration de l'employeur

4) RENSEIGNEMENTS SUR LES PROTECTIONS D'ASSURANCE

1. Autres assureurs pour votre entreprise :

	Nom	Adresse (rue, ville, province, code postal)	Numéro du contrat
Assurance invalidité de courte durée	_____	_____	_____
Assurance soins médicaux complémentaire	_____	_____	_____

2. a) Votre entreprise était-elle titulaire d'une assurance invalidité de longue durée immédiatement avant le présent contrat? Oui Non

Si « Oui », veuillez donner des renseignements sur l'assureur précédent.

Nom de l'assureur précédent _____ Contrat _____ Date d'effet (AA-MM-JJ) _____

b) L'employé était-il couvert par le contrat de l'ancien assureur? Oui Non Si « Oui », veuillez indiquer la date d'effet de la protection. (AA-MM-JJ) _____

3. La protection de ce régime a-t-elle été ajoutée pour cet employé à la première date à laquelle il y est devenu admissible? Oui Non Si « Non », veuillez expliquer.

4. La protection de l'employé a-t-elle été continue depuis qu'il a été couvert pour la première fois aux termes du régime? Oui Non

Si « Non », veuillez indiquer les interruptions de protection et donnez des explications pour chacune d'elles. _____

5. a) La protection aux termes du contrat a-t-elle pris fin pour cet employé? Oui Non Si « Oui », indiquez la date de la cessation. (AA-MM-JJ) _____

b) Pour quelles raisons la protection a-t-elle cessé? _____

5) POLITIQUES DE RETOUR AU TRAVAIL

1. a) L'emploi de cet employé existe-t-il toujours? Oui Non

b) Si « Oui », avec qui devrions-nous communiquer pour vérifier les possibilités de réadaptation professionnelle ou de retour au travail?

Nom _____ Titre/Poste _____ Numéro de téléphone (_____) _____

6) REVENU DU DEMANDEUR (SI VOUS ÊTES UN TRAVAILLEUR AUTONOME ET AVEZ REMPLI LA PREUVE FINANCIÈRE DE LA PRÉSENTE TROUSSE, PASSEZ À LA SECTION 7)

1. Avant la date du dernier jour de travail :

Salaire horaire _____ \$ Salaire annuel _____ \$ Période de paye (toutes les deux semaines, tous les mois, etc.) _____

2. Au cours des 12 derniers mois (ou de la période d'emploi si elle est inférieure à 12 mois) et avant le dernier jour travaillé, quelle somme a été versée à l'employé sous forme

de : commissions? _____ \$ bonis? _____ \$ rémunération pour heures supplémentaires? _____ \$

3. Déductions hebdomadaires toutes les deux semaines mensuelles

Code d'exemption d'impôt

Impôt retenu à la source

Cotisation au RPC/RRQ

Cotisation à l'assurance emploi

Au fédéral

Au provincial

Demande de prestations d'assurance invalidité de longue durée - Déclaration de l'employeur

7) AUTRES SOURCES DE REMPLACEMENT DU REVENU ET PROTECTIONS D'ASSURANCE

	SOURCE DE REVENU	SOURCE DE REVENU	SOURCE DE REVENU
	<input type="checkbox"/> Assurance emploi	<input type="checkbox"/> Assurance emploi	<input type="checkbox"/> Assurance emploi
	<input type="checkbox"/> Autre régime collectif	<input type="checkbox"/> Autre régime collectif	<input type="checkbox"/> Autre régime collectif
	<input type="checkbox"/> Régime de pensions du Canada/ de rentes du Québec	<input type="checkbox"/> Régime de pensions du Canada/ de rentes du Québec	<input type="checkbox"/> Régime de pensions du Canada/ de rentes du Québec
	<input type="checkbox"/> Commission des accidents du travail	<input type="checkbox"/> Commission des accidents du travail	<input type="checkbox"/> Commission des accidents du travail
	<input type="checkbox"/> Assurance automobile	<input type="checkbox"/> Assurance automobile	<input type="checkbox"/> Assurance automobile
	<input type="checkbox"/> Autre _____	<input type="checkbox"/> Autre _____	<input type="checkbox"/> Autre _____
Nom de la compagnie	_____	_____	_____
Numéro du contrat	_____	_____	_____
Somme reçue (par semaine/par mois)	_____	_____	_____
Date de présentation de la demande	_____	_____	_____
Date du début des versements	_____	_____	_____
Date de la fin des versements	_____	_____	_____

8) POSTE DU DEMANDEUR

1. Veuillez décrire l'emploi du demandeur immédiatement avant son arrêt de travail. S'il occupait plusieurs emplois, veuillez décrire tous ces derniers.

Titre du poste (s'il diffère de celui de l'emploi)	Horaire habituel (y compris les pauses et le déjeuner)	D L M M J V S Jours travaillés	Nombre d'employés supervisés
_____	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____

2. Décrivez brièvement le poste du demandeur. _____

Décrivez les tâches de ce poste.	Heures par semaine
_____	_____
_____	_____
_____	_____

4. Ce poste peut-il être occupé à temps partiel? Oui Non

5. Qualifications minimales requises : _____

6. Permis ou certificats requis : _____

7. Machines, outils ou matériel utilisés : _____

8. Titres des supérieurs immédiats : _____

9. Nom /Titre du superviseur _____ Numéro de téléphone du superviseur (_____) _____

Demande de prestations d'assurance invalidité de longue durée - Déclaration de l'employeur

9) EXIGENCES PHYSIQUES

Dans le tableau suivant, le terme **FRÉQUENCE** correspond aux pourcentages suivants :

OCCASIONNELLEMENT : de 0 % à 15 % du temps SOUVENT : de 16 % à 50 % du temps TOUJOURS : 51 % et plus

Cochez ci-dessous les activités liées au poste occupé par le demandeur.

Activité	Fréquence			Activité	Fréquence		
	Occasionnellement	Souvent	Toujours		Occasionnellement	Souvent	Toujours
Se tenir debout	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sauter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marcher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se pencher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Demeurer assis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se tordre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se courber, s'accroupir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'agenouiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se tenir en équilibre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grimper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	S'étirer /étirer les bras			
Ramper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	au-dessus de la tête	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pousser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	poids : _____ <input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg			
Tirer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	poids : _____ <input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg			
Soulever, transporter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	poids : _____ <input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg			
Manipuler, empoigner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> main gauche <input type="checkbox"/> main droite <input type="checkbox"/> les deux mains			
Manipulations délicates	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> main gauche <input type="checkbox"/> main droite <input type="checkbox"/> les deux mains			
Prise de force	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> main gauche <input type="checkbox"/> main droite <input type="checkbox"/> les deux mains			

2. a) Le poste exige-t-il que des opérations soient effectuées avec des commandes au pied? Oui Non

b) Type d'appareil _____

Total des heures par jour _____ Plus longue période sans pause _____

3. Ce travail peut-il être effectué en alternance en position assise et debout? Oui Non

10) FONCTIONS COGNITIVES

Les tâches essentielles nécessitent-elles :

	Oui	Heures par semaine	Non
1. de travailler avec d'autres?	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
2. de travailler seul, à part des autres ou isolé physiquement?	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
3. de comprendre et de suivre des instructions?	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
4. d'exécuter des tâches simples et répétitives?	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
5. d'exécuter des tâches compliquées ou variées qui exigent un bon jugement ou de bonnes connaissances en français ou en mathématiques?	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
6. de respecter des échéances?	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
7. de faire souvent des heures supplémentaires?	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
8. d'effectuer des tâches variées avec des interruptions fréquentes?	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
9. de faire affaire avec des clients agressifs ou bouleversés?	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
10. de faire affaire avec des personnes qui ont vécu des traumatismes?	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
11. de superviser d'autres employés?	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
12. d'être responsable du travail d'autres employés?	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
13. d'influencer d'autres employés et non simplement de leur donner des renseignements ou des instructions?	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>

Demande de prestations d'assurance invalidité de longue durée - Déclaration de l'employeur

10) FONCTIONS COGNITIVES (SUITE)

Les tâches essentielles nécessitent-elles :

	Oui	Heures par semaine	Non
14. de faire des généralisations ou des évaluations, ou de prendre des décisions sans supervision immédiate?	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
15. d'assumer des responsabilités quant à la direction, au contrôle et à la planification?	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
16. de travailler dans des situations d'urgence, critiques, inhabituelles ou dangereuses?	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
17. une attention soutenue pour des tâches compliquées?	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>

11) EXIGENCES ENVIRONNEMENTALES

Le demandeur est-il exposé à :

	Oui	Heures par semaine	Non
1. la température?	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
2. une température très froide?	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
3. une température très chaude?	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
4. l'eau ou l'humidité? (à l'intérieur)	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
5. un niveau de bruit			
très calme (isolation)?	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
calme (bibliothèque)?	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
modéré (bureau)?	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
fort (fabrication ou production)?	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
très fort (marteau-perforateur)?	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
6. un faible éclairage?	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
7. une mauvaise ventilation?	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
8. des vibrations?	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
9. la fumée, des odeurs, la poussière, des gaz?	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
Si « Oui », de quel type? _____			

10. des déplacements de pièces mécaniques à proximité?	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
11. des risques de choc électrique?	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
12. un travail dans des endroits élevés et exposés?	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
13. des radiations?	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
14. des explosifs?	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
15. des produits toxiques ou caustiques?	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
16. un travail sur un terrain accidenté?	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
17. des voyages?	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
Si « Oui », quel est le moyen de transport utilisé? <input type="checkbox"/> Auto <input type="checkbox"/> Avion <input type="checkbox"/> Train			

18. Autre? Si « Oui », veuillez préciser. _____

Demande de prestations d'assurance invalidité de longue durée - Déclaration de l'employeur

12) RAJUSTEMENTS ET MODIFICATIONS

Quelles sont les modifications qui ont été apportées à l'environnement de travail de ce poste dans le passé ou qui pourraient l'être pour aider le demandeur à retourner au travail? _____

Nom du responsable _____ Titre _____ Numéro de téléphone (_____) _____

SIGNATURE DE LA PERSONNE QUI REMPLIT CE FORMULAIRE

Je, _____ (veuillez écrire en lettres moulées) atteste, qu'à ma connaissance, les renseignements indiqués dans la présente déclaration sont exacts et complets.

Signature _____ Date (AA-MM-JJ) _____